Sechs Fälle von Selbstentziehung bei Morphinismus.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Vorgelegt von
Werner Bügler
aus Steglitz (Kr. Teltow)

Tag der Promotion: 28. Januar 1935.

119

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Professor Dr. Magnus

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Bonhoeffer.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Franz Linke, Buchdruckerei. Berlin NW7, Marienstraße 13

Meinen Eltern in Dankbarkeit zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550815_0023

Die Möglichkeit der Selbstentziehung bei Morphinismus wird von den meisten Autoren bis in die neueste Zeit stark angezweifelt, wenn nicht verneint. Die Gründe hierfür sind einmal darin zu suchen, daß über die Fälle von Selbstentziehung nur selten exaktes Material vorliegt, zum anderen darin, daß sie überhaupt nicht häufig sind. Zahlenmäßige Angaben aus dem Gebiet der Rauschgiftkrankheiten existieren über diejenigen Fälle, die irgendwann einmal mit der Statistik in Berührung kamen — und das sind ohne jeden Zweifel weitaus die meisten; trotzdem soll nicht etwa das Verhältnis von Klinikentziehung zu Selbstentziehung allgemein festgelegt werden, wenn wir jetzt sagen, daß einem von der Nervenklinik der Charité Berlin bearbeiteten Material von etwa 3500 Fällen klinischer Entziehung bei Morphinismus 6 gesicherte Fälle von Selbstentziehung gegenüberstehen.

Die Schwierigkeit einer wissenschaftlichen Bearbeitung der Selbstentziehungen liegt wie gesagt darin, daß nur selten ein ausreichend exaktes Material vorhanden ist. Wir sind hier auf die Angaben der Patienten und evtl. auf die Aussagen von Verwandten, behandelnden Aerzten oder sonstigen Zeugen angewiesen; auch wird man auf die Bestätigung der Heilung durch eine Klinikquarantäne zumeist verzichten müssen. Doch glauben wir, daß wiederholte Untersuchungen der Patienten und vor allem zwanglose und genügend lange Unterhaltungen mit ihnen Aufschluß darüber geben, ob noch ein Opiatgebrauch vorliegt — evtl. sogar darüber, wieweit die Sucht überwunden ist — und vor allem, ob wir den Aussagen der Patienten Glauben schenken könen, denn meist wird im Verlauf solcher Unterhaltungen eine Unwahrheit in den Angaben durch Widersprüche zutage treten.

Wir haben hier die Bezeichnungen Opiatgebrauch und Sucht nebeneinander angewandt, und müssen deshalb, und zum besseren Verständnis des Folgenden, eine Begriffsbestimmung zu unserem Thema geben. Wir verstehen unter Morphinismus die Verbindung einer Sucht mit dem Gebrauch des Opiats; wir fassen die Sucht als das Primäre, als eine konstitutionelle Schwäche auf, die allerdings unter bestimmten Bedingungen weitgehend überwunden werden kann. Tritt zu dieser konstitutionellen, in der Anlage vorhandenen Schwäche eine konditionelle, erworbene hinzu — was in den meisten Fällen durch eine starke und lang dauernde Be-

anspruchung der psychischen Kräfte des Patienten veranlaßt wird —, so bedarf es nach dem Zustandekommen dieser Krankheitsdisposition nur noch der Bekanntschaft mit dem Opiat und seiner Wirkung als der auslösenden Ursache zum Entstehen des Bildes, das wir als Morphinismus bezeichnen.

Liegen derart die Bedingungen zu Beginn der Erkrankung, so wird für ihren Verlauf ein neuer Faktor in der dauernden Giftwirkung selbst maßgeblich, weil die Kondition des Patienten durch sie weiterhin geschwächt wird. Die Therapie hat also für die körperliche Entgiftung und für die Beseitigung der konditionell, bezw. konstitutionell bedingten Schwäche zu sorgen. Sie ist dabei auf die natürlichen Widerstandskräfte des Patienten und seine gesunden Instinkt sehr weitgehend angewiesen; und ganz abgesehen von der körperlichen Entgiftung und der Art ihrer Durchführung wird eine endgültige Heilung letzten Endes von der Frage des Stärkeverhältnisses abhängen, das zwischen diesen Widerstandskräften und der Disposition zur Krankheit besteht.

In Bezug auf diese Prognose hat die Dauer der Gifteinwirkung eine verhältnismäßig geringe Bedeutung; denn wenn wir auch für die späteren Stadien der Krankheit — schon auf Grund der pathologisch-anatomischen Veränderungen im Zentralnervensystem — charakterologische Defekte annehmen müssen, so glauben wir doch zunächst nicht an Veränderungen in dieser Richtung, selbst bei lang andauerndem Gebrauch der Opiate. Diese Beurteilung betrifft natürlich nicht das psychische Verhalten des Patienten, das durch die Giftwirkung unter Umständen weitgehend beeinflußt wird.

Von diesen Voraussetzungen ausgehend, erscheint es uns als verfehlt, selbst von mehreren erfolglosen Entziehungskuren auf die Aussichtslosigkeit einer Heilung zu schließen; ebensowenig halten wir erfolglose klinische Entziehungskuren für ein Kriterium der Möglichkeit einer Selbstentziehung.

Bei der klinischen Entziehung wird der Patient zunächst einmal körperlich entgiftet, und man geht dann an die Beseitigung seiner Krankheitsdisposition, er wird also mehr oder weniger passiv therapeutisch beeinflußt. Dagegen ist die Selbstentziehung von vornherein eine durchaus aktive Angelegenheit von Seiten des Kranken. Stehen ihm im ersten Fall alle Hilfsmittel der Klinik zur Verfügung, so ist er im zweiten letzten Endes ganz allein auf sich angewiesen; und die Schwierigkeit liegt darin, daß er zugleich die Entgiftung seines Organismus vornehmen und die Sucht überwinden muß.

Seine Widerstandskräfte müssen also die Sucht, bezw. die Disposition zur Sucht überwinden, und wir nehmen deshalb an, daß die Möglichkeit einer Selbstentziehung beschränkt ist auf die Fälle, in welchem die Sucht hauptsächlich konditionell bedingt und weniger in der Konstitution der Krankheit begründet ist.

Dazu kommt noch neben der Ueberwindung der Entbehrungserscheinungen bei der körperlichen Entgiftung und neben der Ueberwindung der Sucht als dritte Aufgabe die Ueberwindung derjenigen Faktoren, welche für die erworbene Dispostion verantwortlich zu machen sind, also der innerlichen und äußerlichen Schwierigkeiten, die zu einer Ueberbelastung der psychischen Kräfte des Patienten geführt haben.

Wichtig sind — wie für die klinische Entziehung — auch für die Selbstentziehung natürlich zunächst die Gründe, aus denen sie durchgeführt werden soll. Abgesehen von den äußeren Anlässen (veränderte wirtschaftliche Lage, Versiegen der Opiatbezugsquellen, Druck der Umgebung) sind es vor allem Krankheitseinsicht und das Gefühl für die unerträgliche Abhängigkeit von der Sucht, welche mehr minder stark die Entziehung unterstützen. Eine geringere Rolle spielt bei der klinischen Entziehung dagegen der Wille zur Gesundung, denn wir wissen sehr gut, daß der sogenannte freie Wille im allgemeinen bei der Heilung Suchtkranker nur wenig Bedeutung hat. Für den besonderen Fall der Selbstentziehung aber ist er von ausschlaggebender Wichtigkeit. Denn ohne den sehr intensiven Willen zur Gesundung, besser zum Freiwerden von der Sucht, ist der erste Schritt bei der Selbstentziehung, die Abdosierung des Medikamentes nicht denkbar. Andererseits aber ist das Bewußtsein des freien Willens ein wesentliches Hilfsmittel für den Kranken, der aus diesem Bewußtsein starke Kräfte freimachen kann. Bis zu einem gewissen Grade kann dieser eigene Wille auch bei der Selbstentziehung unterstützt bezw. sogar ersetzt werden durch den energischen Willen einer anderen Person, wie wir es an zwei Fällen zeigen (III und IV).

Ein weiteres, sehr wesentliches Hilfsmittel für die Selbstentziehung — ebenso wie übrigens für die klinische Entziehung auch — ist der Ersatz der Suchtideen. Es genügt nicht, den ganzen Komplex von Gedanken, die bei dem Kranken um seine Sucht kreisen, ausschalten zu wollen, es muß Ersatz da sein durch eine andere stärkere Idee. Nur so, glauben wir, ist letzten Endes eine wirkliche, endgültige Ueberwindung der Sucht möglich. Dabei ist es

verhältnismäßig gleichgültig, ob diese neue Idee von außen an den Kranken herantritt (V), oder ob sie aus ihm selbst erwächst (VI).

Wir machen also die Möglichkeit einer Selbstentziehung abhängig von der Konstitution bezw. Kondition des Patienten, seiner Krankheitseinsicht, seiner Abwehr gegen den Suchtzwang, seinem Willen zur Gesundung und dem Ersatz der Suchtideen; wobei der eine oder andere Faktor mehr minder ausgesprochen im Vordergrund stehen oder auch fehlen kann. Typisch für ein Zusammenwirken aller Faktoren sind von unseren Fällen nur die letzten beiden (V und VI), bei den andern fehlt vor allem der ausgesprochene Ersatz der Suchtideen (wenn wir nicht die Angst vor der gesundheitsschädlichen Wirkung des Morphiums — besonders in III — als solchen Ersatz bezeichnen wollen). Sehr selten sind die Fälle, in denen eine Selbstentziehung nur aus äußerlichen Gründen (veränderte wirtschaftliche Lage oder sonstwie erschwerte Beschaffung der Medikamente) durchgeführt wurde. Es sind uns jedoch einige bekannt (I und II zählen dazu), aber wir glauben, daß die äußeren Gründe hier nur sehr im Vordergrund stehen und die anderen Faktoren nicht deutlich wurden. (Weil es sich hierbei um weibliche Patienten handelt, gehört in diesen Zusammenhang nach unseren Erfahrungen die Tatsache, daß die Möglichkeit einer Selbstentziehung bei Frauen überhaupt größer zu sein scheint als bei männlichen Kranken.)

Die aufgezählten und für die Möglichkeit einer Selbstentziehung vorausgesetzten Faktoren sind fernerhin natürlich auch für ihre Durchführung von Bedeutung. Was nun deren Praxis anlangt, so bestehen in Bezug auf die Dauer einer Selbstentziehung die gleichen Möglichkeiten wie bei der klinischen Entziehung. Auch hier gibt es eine plötzliche, eine schnelle und eine langsame Absetzung des Opiats; davon sind die beiden ersten Arten am wenigsten häufig (I). Im allgemeinen werden Selbstentziehungen langsam durchgeführt, in vier bis sechs Wochen, unter Umständen über ebensoviel Monate hinweg oder noch länger.

Genau so wie man den Körper langsam an immer höhere Dosen gewöhnt, kann man ihn nach unseren Erfahrungen ganz langsam ohne große Schwierigkeiten entwöhnen; ebenso wie sich der Chemismus des Stoffwechsels — und bei der Opiatwirkung nehmen wir ja eine Veränderung des Zellstoffwechsel an — allmählich auf

das Gift einstellt, ebenso stellt er sich, natürlich abgesehen von den angerichteten Dauerschädigungen, verhältnismäßig zwanglos auf die Norm wieder um.

Besondere Schwierigkeiten bieten bei der Durchführung einer Selbstentziehung eigentlich nur zwei Momente, nämlich das Haltmachen im Steigern der Dosen und das allerletzte Absetzen — sei es auch nur von 5 Milligramm pro Tag auf Null. Denn hierbei handelt es sich weniger um die körperlichen Beschwerden als um die Ueberwindung der reinen Sucht. Bei diesen Fällen einer Monate lang dauernden Selbstentziehung (II und VI) finden wir keinen oder nur unwesentlichen Gebrauch von Beruhigungs- oder Schlafmitteln. Anders bei Selbstentziehungen von kürzerer Dauer; nur selten kommt der Patient da ohne diese Ersatzmittel aus, im allgemeinen tritt sogar ein starker Verbrauch von allen möglichen Medikamenten an die Stelle des Opiatgebrauchs (III und IV).

Außer diesen stehen noch andere Hilfsmittel für die Praxis der Selbstentziehung zur Verfügung; vor allem ist es die Ablenkung der Gedanken des Patienten von seinem Zustand durch geistige und körperliche Betätigung. Die intensive Beschäftigung mit der die Sucht substituierenden Idee einer neuen Lebens- und Weltanschauung lenkte den einen unserer Patienten (V) von seiner Krankheit ebenso ab wie Reisen (I und II) bezw. sportliche Betätigung und geistige Arbeit (VI) die andern.

Unterstüzend wirken ferner bei der Abdosierung der Uebergang von der Spritze zum Einnehmen per os und der Wechsel der Medikamente, vom Morphium über die ganze Skala der Opiate hinweg.

Aber das wesentlichste Hilfsmittel für die erfolgreiche Durchführung einer Selbstentziehung ist diese selbst; denn aus jeder Abdosierung schöpft der Patient Kraft für die Fortsetzung der Entziehung. Und damit kommen wir zur Prognose in Bezug auf die Suchtheilung bei einer Selbstentziehung, da einer der wesentlichsten Faktoren hierfür eben diese Kraft ist, die sich im Patienten aus der erfolgreichen Selbstentziehung auch für die Zukunft auswirkt. Ebenso wichtig ist aber die Intensität der substituierenden Idee im Hinblick auf die Prognose. Und drittens spielt natürlich hier der eigene Wille, gesund zu bleiben und nicht wieder in die Abhängigkeit des Opiats zu geraten, bezw. der Wille einer starken führenden Persönlichkeit eine Rolle. Daneben ist die Beseitigung der konditionsschwächenden Momente, der innerlichen und äußer-

lichen Schwierigkeiten für den Patienten von minderer Bedeutung; (für keinen der angeführten Fälle hat sich in Bezug auf diese Schwierigkeiten etwas geändert, sie sind im Gegenteil seit der Selbstentziehung zumeist größer geworden).

Abgesehen also davon, daß die Prognose für die Zukunft bei der Selbstentziehung deswegen günstig ist, weil überhaupt eine Selbstentziehung durchgeführt werden konnte, gelten hier die gleichen Kriterien wie für die Prognose der klinischen Entziehung, nämlich die seit der Kur vergangene giftfreie Zeit und — bei den Nachuntersuchungen — das Verhältnis des Patienten zu seiner Krankheit und zum Opiat überhaupt. In Bezug auf diesen letzteren Punkt nehmen wir als das prognostisch günstigste Zeichen eine kritische, aber unbefangene Einstellung zur überstandenen Krankheit an und eine gleichgültige Ablehnung der Möglichkeit, rückfällig zu werden. Das fanden wir in fünf von unseren sechs Fällen; bei dem übrigbleibenden (I) war die Zeit seit der Entziehung zu kurz, zudem war die Patientin bei der Katamnese zur Quarantäne in der Charitee und aus diesen Gründen noch zu sehr befangen in den Gedankengängen um ihre Krankheit.

Hatten die Patienten aus irgendwelchen Gründen inzwischen zu therapeutischen Zwecken Opiate bekommen (II, III und VI), so änderte diese Tatsache an ihrer Einstellung nichts. (Bemerkenswert in diesem Zusammenhang erscheint uns der Umstand, daß hier, ebenso wie bei anderen uns bekannten Fällen, lange Zeit nach erfolgter Kur applizierte Opiate eine sehr starke Wirkung hatten und selbst in ganz kleinen Dosen schlecht vertragen wurden.)

Immerhin können wir nur in dreien unserer Fälle (II, V und VI) die Prognose als absolut günstig ansehen, einmal weil hier die Selbstentziehung ganz allein durchgeführt wurde, zu zweit, weil eine genügend lange Zeit seither vergangen ist. In zwei anderen Fällen war dagegen für die Entziehung ein starker fremder Wille zu sehr maßgeblich, als daß wir sie für die Zukunft als restlos günstig beurteilen möchten; obschon der Umstand, daß beide Patienten trotz der durch anhaltende wirtschaftliche Schwierigkeiten bedingten stark depressiven Gemütslage, die bei dem einen sogar zum Selbstmordversuch führte, jetzt über ein Jahr frei vom Opiatgebrauch sind, die Prognose etwas bessert. In Bezug auf den schon oben erwähnten letzten Fall (I) können wir uns naturgemäß kein Urteil für die Zukunft erlauben.

Rückfälle fanden wir bei Selbstentziehungen in drei Fällen (I, II und VI), doch handelte es sich hier um Rückfälle nach sehr kurzen freien Intervallen.

Zusammenfassend stellen wir als das Ergebnis unserer Untersuchungen fest:

Die Möglichkeit einer Selbstentziehung bei Morphinismus besteht durchaus; sie ist abhängig von der Konstitution und der Kondition des Suchtkranken, von der Frage, wieweit er die Sucht überwinden bezw. die Suchtideen ersetzen kann.

Die Praxis der Durchführung einer Selbstentziehung unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen der klinischen Entziehung, nur daß im allgemeinen die Selbstentziehung langsam vorgenommen wird.

Die Selbstentziehung bedeutet keine Garantie gegen Rückfälligkeit in die Sucht, aber die Prognose ist bei Selbstentziehungen im allgemeinen als günstig zu bezeichnen.

Die vorliegende Arbeit umfaßt sechs Krankengeschichten. Darüber hinaus sind uns noch einige weitere Fälle von Selbstentziehung bekannt, die jedoch nicht mit der erforderlichen Exaktheit erfaßt werden konnten oder Abweichungen bieten, so daß sie nicht in den vorgezeichneten Rahmen paßten.

Von unseren sechs Fällen entnahmen wir zwei dem Material der Nervenklinik der Charité Berlin und zwei weitere den Akten der städtischen Beiratsstelle für entlassene Nerven- und Gemütskranke Berlin-Mitte; einen Fall hatten wir Gelegenheit,, während seiner ganzen Entwicklung zu beobachten und der letzte ist unser eigener. In Bezug auf diesen letzteren ist zu sagen, daß wir die naturgemäß oft mangelhafte objektive Einstellung zu ihm durch eine sehr weitgehende subjektive Schilderung ersetzen werden — und daß er uns mit dem notwendigen Verständnis und einer ausgedehnten Erfahrung hinsichtlich der Materie unserer Arbeit ausgestattet hat.

Fall I: K. F., Krankenschwester, 39 Jahr. Familienanamnese o. B. Von Krankheiten werden angegeben Typhus mit zwölf, Ruhr mit zweiundzwanzig, Gesichtsrose mit dreiundzwanzig Jahren. Typus thyreoideus. Im Privatunterricht gut gelernt; zwanzigjährig als Schwester in den Krieg gegangen. Nach Kriegsende als Hebamme ausgebildet, zwei Jahre an einer geburtshilflichen Klinik tätig. Dort sehr befreundet mit einer anderen Schwester; nach dem Bruch

dieser Freundschaft ließ Patientin sich an ein anderes Krankenhaus versetzen. Hier fühlte sie sich nicht wohl, vor allem weil ihre Stellung weniger selbständig war, und konnte sich lange Zeit nicht gut einleben. Sie litt unter der Vereinsamung, unter Grübeleien und Verstimmungen und dauernder Schlaflosigkeit. Keine Selbstmordgedanken. Gegen die Verstimmungen und die Schlaflosigkeit nahm sie Morphium; zum ersten Mal jetzt vor vierzehn Jahren. Zunächst per os ab und an zehn Tropfen einer einprozentigen Lösung; nach etwa einem halben Jahr spritzte sie täglich 0,5 ccm einer ebenso starken Lösung, und gebrauchte zuletzt bis zu 12 ccm in drei bis vier Spritzen. Dazwischen Pantopon, Laudanon, auch Opium in Tropfen, je nachdem was ihr erreichbar. Sie entnahm die Mittel aus dem Krankenhaus, zunächst ihrer Station, sodann — als sie dort unter Verschluß kamen — anderen Stationen. Während ihres jährlichen dreiwöchigen Urlaubs nahm sie keine Opiate; sie kam in den ersten Jahren leicht, später schwerer über die ersten Tage dieser Zeit hinweg, und in den letzten Jahren waren die Entziehungserscheinungen — Unruhe, Schlaflosigkeit, Durchfälle — ziemlich stark. Nach der Rückkehr an die Arbeit spritzte sie bald wieder (weil, wie sie angibt, das freie Intervall doch zu kurz war). Seit sie das Morphium nahm, rauchte sie auch stärker, gebrauchte jedoch keinen Alkohol. Patientin hatte niemals Schwierigkeiten bei der Arbeit oder mit ihren Vorgesetzten und Kolleginnen; sie wird als sehr ordentlich und tüchtig geschätzt, man ist sehr zufrieden mit ihr (Angaben einer Kollegin). Patientin ist jetzt seit zirka zwei Monaten morphiumfrei; da der Morphiumverbrauch zu auffällig geworden war, meldete sie sich damals krank, bekämpfte die sehr starken Entziehungserscheinungen mit Schlafmitteln und kam jetzt auf Veranlassung ihres Chefs zur Quarantäne in die Charité.

Fall II: P. R., Ehefrau, 30 Jahr. Familienanamnese o. B. Die Bekanntschaft mit Morphium machte Pat. im Alter von etwa neunzehn Jahren anläßlich einer Gallenblasenentzündung und damit verbundenen Koliken; drei Jahre später bekam sie aus demselben Grund Trivalin. Wiederum ein Jahr darauf wurde ihr gegen Kopfschmerz Kokain verordnet. Familiäre Gründe führten zu Depressionen und Verstimmungen bei der Patientin; sie verschaffte sich Morphium und Kokain und nahm es zunächst in mäßigen Dosen, ohne zu steigern — bis 6 Zentigramm M. pro Tag; davon entwöhnte

sie sich (aus äußerlichen Gründen) nach einem halben Jahr verhältnismäßig leicht, wobei ihr mehrere Reisen und die dadurch bewirkte Ablenkung halfen. Nach einem freien Intervall von mehreren Monaten wurde sie rückfällig, nahm zunächst per os Eukodal, Dikodid und spritzte dann wieder Morphium und Trivalin (zum Teil intravenös), ansteigend während eines halben Jahres bis auf etwa 0.25 g pro Tag. Darauf dosierte Pat. langsam ab, nahm wieder Eudokal bezw. Dikodid per os, heruntergehend bis auf 2 Zentigramm pro Tag; diese Entziehung dauerte über ein Jahr, wobei wiederholte, aber geringfügige Erhöhungen der Dosen vorkamen. Schließlich gab Pat. auf energisches Zureden eines Arztes, der ihr über die ziemlich starken Entziehungserscheinungen der ersten ganz opiatfreien Tage mit Brom hinweghalf, die Medikamente völlig auf. Während ihrer Krankheit rauchte Pat. viel, nahm aber nur wenig Alkohol; dagegen gebrauchte sie im Anfang nach der Entziehung viel Alkohol. Pat. ist jetzt seit vier Jahren völlig opiat- und Schlafmittel-frei, raucht viel und trinkt ab und an in mäßigen Grenzen.

Fall III: H. E., Invalidenrentner, 30 Jahr. Familienanamnese o. B. Pat selbst war früher nie ernstlich krank und kam in der Schule gut mit. Die anschließende Mechanikerlehre wurde nach zweieinhalb Jahren aus wirtschaftlichen Gründen abgebrochen; dann arbeitete Pat. fünf Jahre lang in der Metallindustrie bis zu einem Unfall, bei welchem ihm die ersten Glieder von Zeige- und Mittelfinger der linken Hand abgequetscht wurden; Operation (kein Morphium), teilweise Invalidisierung. Pat. hatte vorher viel Sport getrieben und mit Jugendgruppen Wanderungen gemacht, das fiel jetzt weg, da er nur noch ab und an Arbeit fand. Er wurde von der Erwerbslosenfürsorge als Buchdruckhilfsarbeiter ausgebildet und war als solcher zwei Jahre lang in Stellung. Im Alter von vierundzwanzig Jahren wurde Pat. vom Arzt wegen angeblich epileptiformer Anfälle mit Luminal behandelt, das er wegen der berauschenden Wirkung und des damit verbundenen Wohlbehagens in immer stärkeren Dosen (bis zu 3 g pro Tag) nahm. Schließlich war er dauernd in einem Rauschzustand, wurde eines Tages von einem Automobil umgefahren und mit schwerer Gehirnerschütterung ins Krankenhaus eingeliefert, von wo er zur Luminalentziehung einem Sanatorium überwiesen wurde. Dort machte ihn ein eukodalsüchtiger Patient mit dem Morphium bekannt, so daß er die Anstalt zwar zunächst luminalentzogen, aber morphiumsüchtig verließ. In der Folge nahm er Morphium (bis zu 4 g pro Woche gespritzt)

allein oder kombiniert mit Luminal, machte mehrere Entziehungskuren in offenen bezw. geschlossenen Anstalten durch, wurde immer wieder rückfällig und schließlich in eine städtische Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Dort acht Monate. Entmündigt. Nach der Entlassung rückfällig. Nachdem Pat. im folgenden halben Jahr nach zwei weiteren erfolglosen Entziehungskuren wieder rückfällig wurde (und bis zu 0,5 g Morphium pro Tag nahm, das er sich wie immer von mehreren Aerzten verschreiben ließ), griff das städtische Hauptgesundheitsamt ein und drang auf eine nochmalige Zwangsentziehung in einer städtischen Heilanstalt. Da die Gesundheit des Patienten aber sehr geschwächt war, wurde ihm auf seine Bitten gestattet, zu Hause unter Leitung seines behandelnden Arztes und mit Hilfe seiner Braut eine langsame Entziehungskur vorzunehmen. Er blieb mehrere Wochen im Bett und bekam Morphium in fallenden Dosen — zunächst zwei bis drei Ampullen einer zweiprozentigen Lösung gespritzt, dann immer weniger per os und daneben Paraldehyd, Veronal etc. Während dieser Zeit hatte er eines Nachts einen Anfall, den er wie folgt schildert: plötzlich eintretende Steifheit des Genickts und Unbeweglichkeit des Kopfes, gehemmte Beweglichkeit des rechten Armes und ein ziehender Schmerz vom Kopf durch die rechte Körperseite bis in den rechten Hoden. Diese Erscheinungen klangen langsam innerhalb einiger Tage ab, aber das dadurch bewirkte psychische Trauma veranlaßte eine wesentliche Abkürzung der Entziehungskur. Pat. nahm kein Morphium mehr, jedoch zunächst noch Dikodid in fallenden Dosen. Schließlich nur noch Paraldehyd — und war zirka drei Wochen nach dem geschilderten Chock frei von Opiaten und Schlafmitteln. Dauer der Entziehung sechs Wochen, ihre Durchführung im wesentlichen der Energie der Braut des Patienten und der Angst vor weiteren körperlichen Schädigungen durch die Opiate zu verdanken. Etwa dreiviertel Jahre später nahm der Patient in einer depressiven Stimmung infolge ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse aus Selbstmordabsicht eine starke Dosis Luminal und lag vier Tage ohne Besinnung im Krankenhaus. Seitdem, d. h. seit zirka einem Jahr keine Opiate und Schlafmittel mehr, nur ab und an gegen Kopfschmerz Gelonida antineuralgica. Pat. nahm niemals viel Alkohol, rauchte jedoch immer stark.

Fall IV: G. B., Bäcker, kriegsverletzt, 35 Jahr. Familienanamnese o. B. Pat. war uneheliches Kind und wurde vom Stiefvater schlecht behandelt, lernte in der Schule nicht besonders gut, war

vier Jahre in der Bäckerlehre. Nicht ernstlich krank gewesen. Mit achtzehn Jahren wurde Pat. eingezogen und kam ins Feld; er wurde nach vier Monaten schwerkriegsverletzt (Maschinengewehrschüsse durch Hals, Mundhöhle und linken Unterarm). In den Lazaretten und später während der ambulanten Behandlung bekam Pat. viel Morphium. Er wurde schließlich fünfzig Prozent K.D.B.-erwerbsunfähig entlassen. Danach arbeitslos, aber immer weiter in ambulanter Behandlung und unter Morphium. Wegen mehrerer Einbrüche zur Erlangung von Lebensmitteln („vom Feld aus gewöhnt") zu fünf Jahren Gefängnis verurteilt. In der Untersuchungshaft schwere Entziehungserscheinungen, die nur langsam abklangen. Im Gefängnis verschluckte Pat. Metallteile (Messer, Gabel etc.), wurde operiert und wegen Haftunfähigkeit entlassen. Ein Jahr später wiederum in Haft genommen, verschluckte Pat. abermals Metallteile und wurde operiert. Nach der endgültigen Entlassung war er zunächst Straßenhändler und hatte dann mehrere Jahre hindurch eine Stelle als Bote. Er nahm wieder Morphium, das er auf Grund seiner Kriegsverletzungen verschrieben erhielt, und Luminal. Wiederholte Eiterung der Armwunde mit Fistelbildung und ein Narbenbruch in der Bauchdecke veranlaßten Operationen. Eine Ehe des Patienten in dieser Zeit wurde nach kurzer Dauer geschieden (aus dieser Ehe ein Kind). Wegen Verdachts auf Epilepsie war Pat. kurze Zeit in einer städtischen Anstalt. Vor nunmehr eineinhalb Jahren lernte Pat. seine jetzige Braut kennen; er nahm damals durchschnittlich 16 Spritzen einer zweiprozentigen Morphiumlösung und zirka 1 g Luminal pro Tag. Er machte dann auf Veranlassung und mit energischer Nachhilfe der Braut und unter Anleitung seines Arztes zu Hause eine Entziehungskur in vier Wochen erfolgreich durch, indem er bei Bettruhe die Dosen langsam absetzte und sich durch andere Schlaf- und Beruhigungsmittel harmloserer Art über die Entziehungserscheinungen hinweghalf. Nach einem freien Intervall von zirka vier Wochen wurde er rückfällig in Bezug auf das Luminal und nahm es noch etwa ein Vierteljahr lang, zuletzt in fallenden Dosen. Jetzt seit etwa drei Vierteljahren keine Opiate und Schlafmittel mehr. Pat. nahm immer nur wenig Alkohol, rauchte jedoch stark.

Fall V: H. W., Kaufmann, kriegsverletzt. 48 Jahr. Familienanamnese bis auf die Neurasthenie eines Bruders o. B. Pat. selbst war als Kind nie ernstlich krank, jedoch immer leicht erregbar und empfindlich, sehr verwöhnt und anspruchsvoll. Als Kriegs-

flieger 1916 verwundet durch Maschinengewehrschüsse in das linke Bein. Behandlung zunächst im Kriegslazarett, dann im Augusta-Hospital in Berlin; es wurden mehrere Operationen zwecks Erhaltung des Beines gemacht, dann erfolgte jedoch die Amputation. Pat. bekam in dieser Zeit viel Morphium, wurde aber noch im Hospital davon entwöhnt. Nach der Entlassung aus dem Lazarett (Ende 1917) bis zum Kriegsende noch freiwillig im Militärdienst. Anfang 1919 begann der Patient wegen Schmerzen im Stumpf Morphium zu spritzen, das er durch den Arzt verschrieben erhielt. Er wurde 1920 nochmals operiert und hatte daraufhin etwa dreiviertel Jahre lang keine Schmerzen, spritzte aber das Morphium trotzdem weiter und steigerte die Dosen erheblich bis zum Jahre 1921 (er nahm schließlich alle zwei Stunden 7 ccm Trivalin). Pat. hat sich dann aber mit Hilfe seiner Frau — er war seit 1919 verheiratet, hatte zwei Kinder und lebte auf dem Lande — allmählich entwöhnt und nahm ab Mitte 1922 keine Spritzen mehr, nur noch Eumekon innerlich in fallenden Mengen. Während dieser Zeit war der Patient beruflos, las viel, machte Pläne, ohne sie jedoch durchzuführen; seine Stimmung war meist gereizt und aufgeregt. Seit Absetzung der hohen Dosen fühlte sich Pat. körperlich bedeutend wohler, gebrauchte aber als Schlafmittel Chloralhydrat und Veronal, rauchte sehr viel, trank jedoch keinen Alkohol. Auf Veranlassung seiner Familie suchte er zur völligen Entziehung die Charité auf, um sich nach zirka zwei Wochen in Sanatoriumsbehandlung zu begeben. Danach war er frei von Morphium, gebrauchte jedoch noch Schlafmittel. Etwa sieben Monate später wurde er morphiumrückfällig in verstärktem Maße — die Veranlassung dazu war hauptsächlich der Tod seiner Frau, der im Anschluß an eine Operation erfolgte. Pat. nahm schließlich bis zu 0,5 g Morphium pro Tag. Anläßlich der Krankheit seiner Frau hatte er die Bekanntschaft der Christian Science gemacht und kam nun darauf zurück, da er sehr stark unter seiner Sucht litt. Von Jugend auf christlich-religiös eingestellt, ohne übermäßig fromm zu sein, konnte er sich nicht vorstellen, daß „Gott solche Leiden wie diese Sucht wollen könne" — und suchte (etwa sechs Monate nach dem Beginn seines Rückfalls) innerliche Stärkung in den Schriften der Christlichen Wissenschaft. Die Beschäftigung mit den Ideengängen der Science vermittelte ihm die Ueberzeugung, daß „das Göttliche im Menschen das Rauschgift nicht braucht" — und gab ihm die Möglichkeit, von sich aus — zunächst ohne fremde Hilfe, später mit Unterstützung durch andere Mitglieder der Bewegung — die Morphiumdosen

herabzusetzen. Er war innerhalb von fünf Wochen mit Hilfe gering dosierter Schlafmittel völlig frei von allen Medikamenten und hat seitdem, d. h. seit 10 Jahren, niemals wieder Opiate oder Schlafmittel genommen. Auf Veranlassung seiner Verwandten unterzog er sich damals noch einer Quarantäne in der geschlossenen Abteilung eines Sanatoriums; er wurde seither auch ab und an in der Charité nachuntersucht. Durch die Umstellung auf die neue Welt- und Lebensanschauung fiel für ihn auch der Genuß von Alkohol und Nikotin fort.

Fall VI: W. B., Medizinalpraktikant, 33 Jahr. Familienanamnese o. B. Neben harmloseren Kinderkrankheiten mit zwei Jahren Diphtheritis, mit sieben Jahren Lungenentzündung, mit achtzehn Jahren schwere Grippe. Pat. kam in der Schule im allgemeinen gut mit, war jedoch von Jugend an Eigenbrödler und Träumer (Einordnung und vernünftige Stellungnahme zu den Realitäten des Lebens fielen ihm schwer). Aus innerer Einstellung wählte er das ärztliche Studium und ließ sich daneben an der Hochschule für Leibesübungen immatrikulieren; während der Semesterferien ging er als Arbeiter in die Fabrik. Bereits als Vorkliniker glaubte Pat. die engen Grenzen der ärztlichen Möglichkeiten erkannt zu haben und zweifelte an seinem Beruf. Diese Tatsache sowie die Angst vor dem bevorstehenden Physikum veranlaßten den Entschluß, sich das Leben zu nehmen; Pat. wurde vom Selbstmord zurückgehalten durch eine Frau, die er bald darauf heiratete. Diese Ehe war nicht glücklich und wurde sechs Jahre später geschieden (zwei Kinder). Auch nach dem Physikum arbeitete Pat. während der Ferien als Monteur bezw. Sportlehrer. Infolge der Ueberbelastung während dieser Jahre und ständiger Examensangst wegen ungenügender Vorbereitung stellte sich bei ihm nach sechs Fächern des Staatsexamens (von denen fünf bestanden waren) ein nervöser Erschöpfungszustand ein; es bestand neben einer dauernden inneren Unruhe die Unfähigkeit, zu lernen und Gelerntes zu behalten. Pat. war damals 25 Jahre alt. Um sich zu beruhigen und zu betäuben ließ sich Pat. von einem befreundeten Arzt Morphium und Kokain verschreiben, das er zunächst in ganz geringen Dosen nahm (zwanzig Ampullen Morphium à 0,03 und ein bis zwei Gramm Kokain in zwei bis drei Wochen). Während zweier Jahre keine Erhöhung der Dosen bei wochen- bis monatelangen freien Intervallen. In dieser Zeit beschäftigte sich Pat. mit ärztlichen Vertretungen, trieb viel Sport und las viel, vorzüglich psychiatrische Literatur; alles

das, um sich abzulenken vom Nächstliegenden und Wichtigsten, das Staatsexamen zu beenden. Dann aus Depressionen, hervorgerufen durch die Zweifel am Können und an der Lebenstüchtigkeit, Flucht in eine Idee: eine wesentliche Aufgabe zu erfüllen und sich dadurch zu beweisen. Das Beispiel von Selbstexperimenten bekannter Aerzte, die in der Literatur immer wiederkehrenden Zweifel an der Möglichkeit einer Selbstentziehung ergaben neben der Ueberzeugung, daß eine wirkliche Befreiung von der Sucht nur aus eigener Kraft geschehen kann, die Aufgabe. Das bedeutete zunächst die Steigerung der Dosen bis zur Schwierigkeit einer Selbstentziehung. — Während der nächsten fünf Monate dosierte Pat. herauf bis auf zirka 40 Ampullen à 0,03 g Morphum und auf 4 g Kokain pro Woche; in dieser Zeit wiederholte erfolglose Versuche, die Menge herabzusetzen; sehr ausführliche Aufzeichnungen über Zustand, Entziehungserscheinungen etc. Die Medikamente besorgte sich Pat. auf Rezepte, die er sich vom Arzt ausstellen ließ bezw. selbst entweder auf eigenen Namen oder den Namen des Arztes ausstellte. Dann — nach fünf Monaten — gelang ihm eine allmähliche Abdosierung; er ging innerhalb von acht Wochen herunter auf 2 Zentigramm täglich in zwei Spritzen, neben schneller Absetzung des Kokains. Diese Selbstentziehung wurde nicht beendet, sondern der Patient suchte die Charité zu einer Entziehungskur auf, um den Behörden gegenüber gedeckt zu sein, da die vielen Rezepte schließlich aufgefallen waren. Schwierigkeiten verschiedener Art (aus familiären etc. Gründen) waren neben dem Bewußtsein, die selbst gestellte Aufgabe nicht völlig gelöst zu haben, die Ursache für einen Rückfall nach einem freien Intervall von fünf Monaten. Schnelle Steigerung der Dosen innerhalb kurzer Zeit (bis auf 0,2 g Morphium täglich; auch Pantopon, Trivalin, Eukodal, Dikodid etc.; subkutan, intravenös oder per os). Nach etwa einem halben Jahre zunächst Absetzung der Injektionen, dann allmähliches Nachlassen in der Dosierung (monatelang fast gleichbleibende Mengen von vier bis sechs Tabletten Dikodid täglich) bis zum endgültigen Absetzen aller Medikamente nach dreiviertel Jahren. Während dieser Zeit bereitete sich Pat. erneut auf das Examen vor, famulierte viel und nahm den Sportbetrieb sehr intensiv wieder auf; er beschäftigte sich ferner mit Selbstbeobachtungen, dem Versuch, eine Perodizität des Ansteigens bezw. Nachlassens der Sucht festzulegen, und der Frage nach den endokrinen Ursachen für die Sucht. Eine zweite Ehe, die Patient damals einging, wurde nach etwa einjähriger Dauer ebenfalls geschieden. Nachdem Pat. etwa

ein halbes Jahr morphiumfrei gewesen war und zwei Drittel des Staatsexamens erledigt hatte, wurde er ohne äußeren Grund rückfällig und vernachlässigte Arbeit und Sport etwa sechs Monate lang. In dieser Zeit nahm er nur Dikodid (bis zu sechs Tabletten am Tag), um sich dann ebenso lange davon zu entwöhnen, zuletzt mit Hilfe ganz geringer Dosen Pantopon bezw. Spasmalgin, griff die Arbeit und den Sportbetrieb in vermehrtem Umfang wieder auf und führte das medizinische Staatsexamen zu Ende. Als gegen den Patienten wegen der gefälschten Rezepte ein Strafverfahren anhängig gemacht wurde, stellte er sein bis dahin zurückgehaltenes Material (Selbstbeobachtungen etc.) zur Verfügung, worauf infolge gerichtsärztlichen Gutachtens das Verfahren eingestellt wurde. Bei zwei inzwischen erfolgten amtsärztlichen Untersuchungen (davon die letzte vor einigen Wochen) wurde Pat. als morphiumfrei befunden. Er ist jetzt seit drei Jahren frei von allen Medikamenten und nahm inzwischen bei starken Schmerzen infolge einer Verletzung Pantopon und anläßlich eines Reizhustens Dikodid in ganzen geringen Mengen. Während seiner Krankheit rauchte Pat. viel, trank aber wenig Alkohol; seit der Heilung mäßiger Alkohol- und Nikotingenuß.

Lebenslauf.

Ich wurde am 11. Juni 1900 als Sohn des Ingenieurs Richard Bügler in Steglitz, Kr. Teltow, geboren. Ich besuchte von 1906 bis 1918 das Schiller-Realgymnasium in Bln.-Charlottenburg und studierte an den Universitäten Berlin und Kiel dreizehn Semester Medizin und an der Deutschen Hochschule sechs Semester Leibesübungen. Das medizinische Staatsexamen bestand ich Ende 1932 in Kiel. Ich war beruflich tätig als Monteur, Journalist und Sportlehrer.